



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
دپارتمان گوارش گروه داخلی



انجمن متخصصان گوارش و کبد ایران
شاخه اصفهان

GI commission and grand round

۰ ۲ / ۰ ۲ / ۲ ۵

فهرست موارد ۲۵ اردیبهشت ۱۴۰۲

صفحه	مسوول	بیمار	
۳	دکتر باقری	خانم ۳۶ ساله	۱۱۱۲۴۸
۹	"	آقای ۲۳ ساله	۱۱۱۲۴۹
۱۵	دکتر احمدی فر	آقای ۸۰ ساله	۱۲۲۴۴
۲۷	"	آقای ۱۶ ساله	۱۲۲۴۵

GI commission and grand round

۰۲/۰۲/۲۵

خانم ۳۶ ساله

- بیمار خانم ۳۶ ساله که از ۲ سال پیش به دنبال درد همی توراکس راست و تنگی نفس، طی بررسی متوجه افزایش آنزیم های کبدی شده است.
- خارش و کاهش وزن ندارد و شرح حال مصرف داروی اخیر را نمی دهد، تحت بررسی های مختلف قرار گرفته و اکنون جهت مشاوره ارجاع شده است.
- BMI: 28
- TSH: 1.4
- Viral marker: neg (Hbs Ag, Anti HBc Ig M)
- ANA: NEG, ASMA:NEG, ANTI LKM: NEG
- Ceruloplasmin: 23.27 (20-60)
- Ig G: 1049.3

سونوگرافی کامل شکم و لگن :

۱. span کبد در خط مید کلاویکولار نرمال است. . (Grade 1) fatty liver دیده شد .
در حد قابل بررسی در پارانشیم کبد ضایعه فضاگیر هایپو اکو مشهود نیست .
قطر ورید پورت نرمال میباشد. قطر CBD نرمال است . مجاری صفراوی کالیبر طبیعی دارد . حدود و ضخامت
جداری کیسه صفرا نرمال است و سنگ صفراوی دیده نشد. نمای سونوگرافی دال پر Cholecystitis وجود
ندارد.

۲. طحال به span 90 mm نرمال فاقد sol و با اکوی پارانشیمال نرمال دیده شد .

۳. در حد حساسیت سونوگرافی در سر / گردن پانکراس و انورت و پاراآئورت ضایعه ای دیده نشد

۴. کلیه ها دارای حدود، شکل، محل و ابعاد/ضخامت و اکوی کورتکس طبیعی هستند.

کلیه چپ به طول 112 mm و با ضخامت پارانشیمال 11mm نرمال دیده شد.

کلیه راست به طول 118mm و با ضخامت پارانشیمال 12 mm نرمال دیده شد.

ضایعه فضاگیر solid دیده نشد . هیدرونفروز و یا علامت سنگ ادراری مشاهده نگردید .

ضخامت جداری مثانه نرمال است. در داخل مثانه سنگ و یا ضایعه فضاگیر مشاهده نگردید

۵. در بررسی حفره شکم و لگن مایع آزاد مشهود نیست .

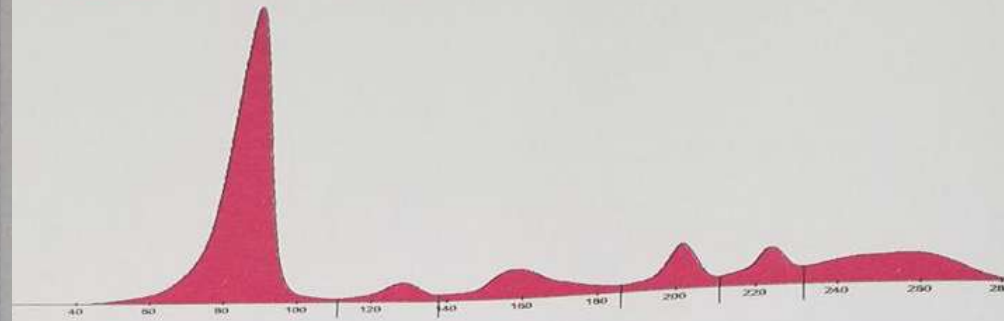
در سونوگرافی رحم و ضمایم :

سایز رحم : 82x43mm اکوژنیسیته : طبیعی میومتر : mass مشاهده نشد .

IUD در position نرمال خود در فاصله 14mm از تیپ فوندوس دیده شد .

تخمدانها در دو طرف دارای اکو و حجم تقریبی نرمال است .

در ناحیه ی آدنکسها ضایعه فضاگیر Cystic و یا Solid مشاهده نگردید مایع آزاد : مشاهده نشد



Fractions	%	Ref. %	g/dl	Ref g/dl
Albumin	59.2	55.8 - 66.1	3.7	4.0 - 4.8
Alpha 1	3.9	2.9 - 4.9	0.2	0.2 - 0.4
Alpha 2	10.0	7.1 - 11.8	0.6	0.5 - 0.9
Beta 1	7.0	4.7 - 7.2	0.4	0.3 - 0.5
Beta 2	6.2	3.2 - 6.5	0.4	0.2 - 0.5
Gamma	13.7	11.1 - 18.8	0.9	0.8 - 1.4

Total Protein: 6.3

Biochemistry

<u>Test</u>		<u>Result</u>	<u>Unit</u>	<u>Method</u>	<u>Reference Range</u>
Fe (Iron)	H	137.0*	µg/dL		23-134
<u>Total Iron Binding Capacity;TIBC</u>					
Total Iron Binding Capacity;TIBC		264.0*	µg/dl		Infant : 100-400 Adult : 250-425
Transferrin		211	mg /dl		200-380
Transferrin Saturation	H	52	%		12-45

* = Rechecked

Special Biochemistry

<u>Test</u>		<u>Result</u>	<u>Unit</u>	<u>Method</u>	<u>Reference Range</u>
Cu (Copper)		73.1	micro gr/dl		70-140
Ceruloplasmin		23.7	mg/dL		20-60

Hormones

<u>Test</u>		<u>Result</u>	<u>Unit</u>	<u>Method</u>	<u>Reference Range</u>
Ferritin		73.17	ng/ml		Male:20-300 premenopausal women :10-100 post menopausal women :20-200 New born:150-500

AST	33	44	57	63	60
ALT	154	112	115	121	96
ALP					
BIL(T)		0.3			
BIL(D)		0.1			
PT			13		
INR			1		

Clinical Data:

SGOT: 118*

SGPT: 333*

ALK Ph: 253

Bili (T); 0.36

GGT:

HCV-Ab: Negative

HBS -Ag: Negative

HAV-Ab(IgM):

ANA: 0.4 Negative

ASMA: <1/20 Negative

AMA :

LKM; 2.5 Negative

Gamma Globulin: 13.7

IgG; 1049.3

IgM;

MRCP;

Fibroscan; F ;S

Macroscopic Description:

Received specimen consist several tubular soft tan pieces total length 1.5cm and 0.1cm in diameter.

Microscopic Description:

Section show liver tissue consist portal tract and parenchyma .Architecture of liver was distorted hepatocyte were swallow and cytoplasm became clear. Hepatocyte became resemble planet cell and show mosaic pattern On masson trichrome staining fibrous was not seen. -On Prussian blue staining iron deposition was not seen.

Diagnosis:

Liver Core Needle Biopsy:

- Consist with **Glycogenic Hepatopathy**

آقای ۲۳ ساله

- بیمار با سابقه میگرن و سابقه فامیلی بیماری التهابی روده (کرون)، از سن ۱۷ سالگی با تشخیص احتمالی بیماری روده تحریک پذیر (درد شکم، فوریت در اجابت مزاج، اسهال و یبوست متناوب) اکنون به دنبال تشدید درد شکم در ۶ ماه اخیر که هفته ای سه نوبت با شدت زیاد که منجر به دریافت انالژزیک تزریقی می شود و شکایت از احساس فوریت در دفع مراجعه کرده است.
- شرح حال اسهال خونی را نمی دهد. به علت میگرن انالژزیک زیاد مصرف می کند.
- سوال: با توجه به اقدامات تشخیصی درمانی، ایا جهت بیمار، بیماری کرون مطرح می باشد؟

<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>	<u>Reference Interval</u>
Calprotectin (stool)x1	H 156.89	micgr/gr	Normal: <50 Borderline: 50 - 120 Abnormal: >120

Note:

Value <50 (Normal) are not indicative of inflammation in the gastrointestinal tract.

Value 50-200 (borderline) can represent mild organic diseases such as inflammation caused by NSAID,s ,mild diverticulitis and IBD in remission phase.

Value >200 (Positive) are indicative of IBD (Crohn,s disease and Ulcerative colitis) .This value is the best marker to discriminate between IBD and IBS (Irritable,bowel syndrome)

H=High



Rectum



Sigmoid Colon



Descending colon



Distal Transverse Colon



Ascending Colon



Terminal Ileum



Cecum



Terminal Ileum

Reason for Endoscopy : Abdominal pain + diarrhea

Findings :

Anus : Small internal hemorrhoid

Rectum : Orange peel appearance in rectum. Biopsies were taken.

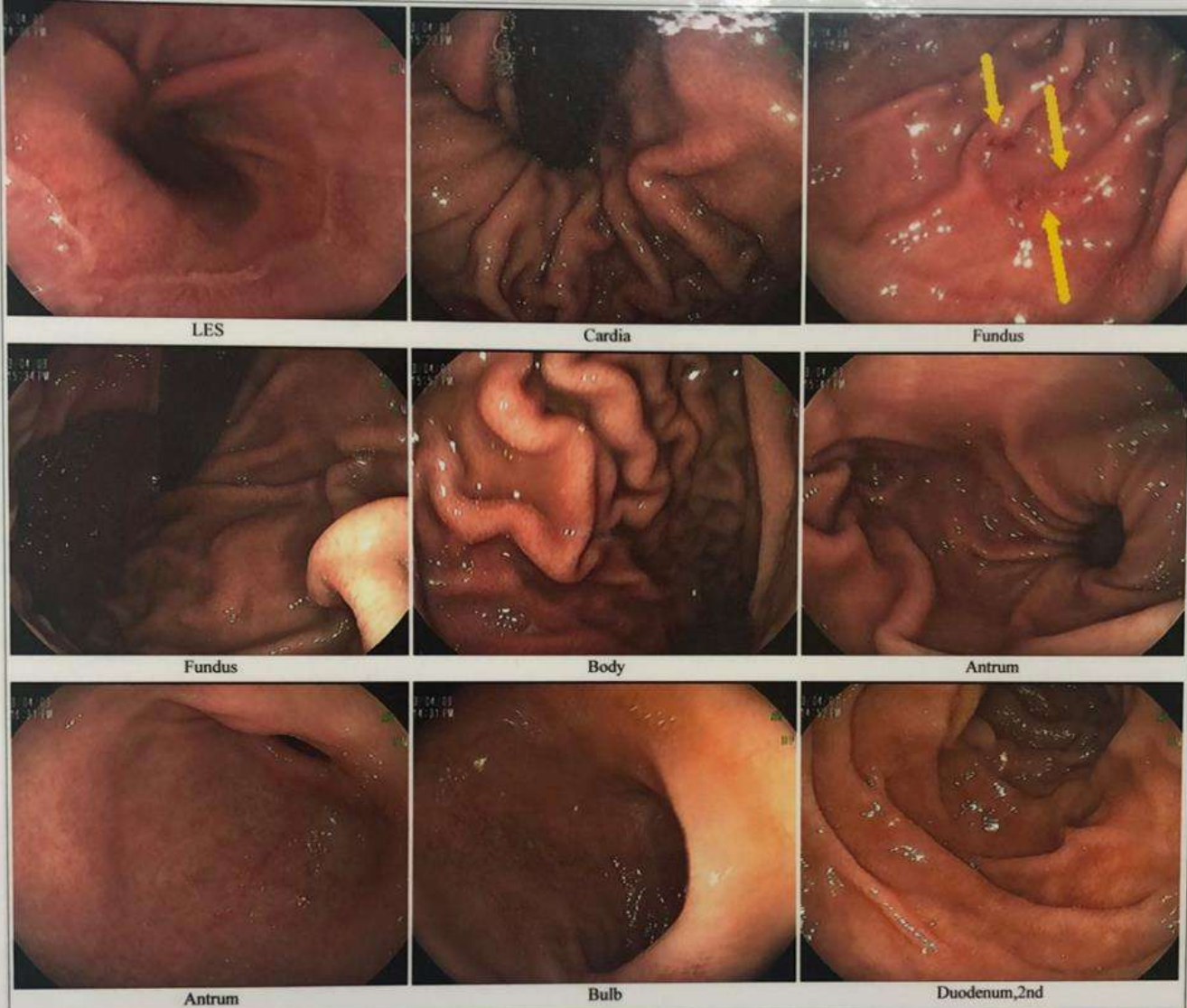
Sigmoid : Normal

Descending Colon : Normal

Transverse Colon : Normal

Ascending Colon : Normal

Terminal Ileum : Scope was passed through the ileocecal valve with difficulty. 30mm above the ileocecal valve mucosa is erythematous with some degree of stricture. Biopsies were taken.



Reason for Endoscopy : Abdominal pain

Findings :

Esophagus : Upper and middle thirds are normal.
Esophagitis grade A

Stomach : Large size sliding hiatal hernia.
There were 10mm linear ulcer and erosions in fundus. Biopsies were taken.
Body and antrum are normal. Antral biopsies were taken.

Duodenum : D1 and D2 are normal.

Specimen:

- A: Gastric antral biopsy
- B: Gastric ulcer biopsy
- C: Rectal biopsy
- D: Ileum biopsy

Macroscopic: Received in four containers of formalin were the following:

- A: Labeled as "antral biopsy" consisted of 3 cream colored tissue fragments measuring 3 mm.
- B: Labeled as "ulcer biopsy" consisted of 2 cream colored tissue fragments measuring 3 mm.
- C: Labeled as "rectal biopsy" consisted of 3 cream colored tissue fragments measuring 3 mm.
- D: Labeled as "ileum biopsy" consisted of 3 cream colored tissue fragments measuring 3 mm.

Microscopic: A,B: Sections show antral and body gastric mucosa in which there is mild increase in inflammatory cells of lamina propria. The inflammatory cells are composed mainly of lymphocytes with some neutrophils. In giemsa staining H.Pylori is not identified.
C,D: Histological sections show ileum and colonic mucosa in which the architecture is normal. Subepithelial infiltration of inflammatory cells and penetration of neutrophils in glands and surface ulceration are seen. There is NO evidence of granuloma, dysplasia or malignancy.

Diagnosis:

A: Gastric antral biopsy:

Mild chronic gastritis, Negative for H.Pylori.

B: Gastric ulcer biopsy:

Mild active chronic gastritis, Negative for H.Pylori.

C: Rectal biopsy :

Focal active colitis

D: Ileum biopsy:

Focal active ileitis

Comment: Inflammation is superficial and chronic changes are not seen. So, follow up of the patient is recommended.

Dear Dr:

In non-contrast and dynamic contrast enhanced MR enterogram :

*There is an irregular highly enhancing mass like structure of 40*30mm in left side of pelvic cavity , with conglomeration of distal ileal loops around this region with complete stranding and edema of surrounding mesenteric fat .*

A few differential diagnosis maybe considered for above mentioned findings including : a missed case of appendicitis with Phlegmon formation , Crohn's disease with severe adhesional and fibrotic changes and conglomeration of ileal loops , an inflamed Meckel's diverticulitis leading to surrounding peritonitis , less probably carcinoid tumor with severe desmoplastic reaction , leading to significant fibrosis and adhesion and conglomeration of distal ileal loops .

I highly recommend to refer patient to me for ultrasound guided evaluation and if indicated ultrasound guided aspiration or core needle biopsy from this region.

There is some distension of whole cadre of colon and cecum ,however this is a nonspecific finding and maybe due to infusion of large amount of dilated solution .

Jejunal loops are intact .

As I mentioned it is better to refer patient to me for ultrasound guided CNB and aspiration of above mentioned mass like structure also it is useful to perform triple contrast CT study , which may add some more information about anatomy and pathophysiology of above mentioned lesion .

آقای ۸۰ ساله

- بیمار مورد DM از حدود ۲۰ سال پیش که در سال ۱۴۰۰ در آزمایشات دوره ای متوجه OB مثبت شده، بیمار کاهش وزن حدود ۱۴kg طی ۶ ماه را ذکر می کند. بدون abdominal pain و بدون رکتورازی که با برای بیمار آندوسکوپی و کولونوسکوپی انجام شده که در آندوسکوپی انجام شده در ۱۴۰۰/۵/۱۱:

- Esophagus :There are two column of non tortuous varices
- Stomach: cardia & fundus have hyperemic & congested mucosa
- Longitudinal rugae are seen, they have hyperemic & congested mucosa. subepithelial hemorrhage is visible
- Antrum is hyperemic
- Pylorus is regular & there is no gaping stenosis or spastic ring
- Bulbus has intact mucosa
- Second segment of duodenum is intact.

کولونوسکوپى

- Rectal mucosa is intact .Vascular pattern is within normal limit. Houston valves are sharp & have intact mucosa.
- Sigmoid has sharp folds, and normal vascular appearance.
- Descending colon has intact mucosa & normal vascular pattern & Normal caliber.
- Transvers colon is triangular & mucosa is pale pink & it seems normal appearance. Vascular pattern is intact
- Ascending colon has normal caliber & mucosa.
- Cecum has intact mucosa. Appendiceal aperture is seen.
- Bouhini pouch is visible. It appears intact.

جواب پاتولوژی نمونه بیوپسی:

- Antrum: Moderate chronic gastritis
- H.Pylori organism was seen (grade I/III)
- Body: severe chronic Active gastritis
- H.Pylori organism is seen(grade I/III)
- Colon was within normal limit.

- در سونوگرافی شکم و لگن در تاریخ: 1400/5/13
- شکل و ابعاد و اکوی پارانشیم کبد نرمال و بدون ضایعه فضاگیر.
- اکتازی مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی مشاهده نشد.
- قطر ورید پورت و CBD نرمال .
- کیسه صفرا دارای حجم و ضخامت جداری نرمال و بدون سنگ و اسلاژ.

- در ادامه با توجه به ادامه روند کاهش وزن و ادم و تورم پاها و abdominal distension با مراجعه به پزشک برای بیمار سونوگرافی درخواست شده:
- طحال بزرگتر از حد طبیعی رویت شد. spleen span:134mm
- اکوی پارانشیم کبد coarse می باشد.
- در حد بررسی توده فضا گیر در کبد مشاهده نشد.
- اکتازی مجاری داخل و خارج کبدی مشاهده نشد.
- قطر ورید پورت و قطر CBD نرمال .
- مایع آزاد متوسط در شکم .
- ضخامت جدار کیسه صفرا افزایش یافته است که ثانویه به آسیت می باشد.

• در فیبرو اسکن pas 9/13:

Metavir score:F4

• EGD:

- Esophageal varices grade F3 with red sign is seen in esophagus
- Hypertensive gastropathy

• در کولونوسکوپی:

- Synchronous colon Cancers with about 10 small sessile polyps throughout the colon.
- There is a tumoral lesion at recto sigmoid junction (about 12cm of anus). Biopsy was obtained R/O Dysplasia.
- There is a tumoral lesion at sigmoid colon (about 30 cm of anus). Biopsy was obtained R/O Dysplasia

• جواب پاتولوژی نمونه بیوپسی :

- Sigmoid mass biopsy: Adenocarcinoma ,well differentiated
- Recto sigmoid junction mass ,biopsy :Tubular Adenoma with high grade Dysplasia.

• بیمار در تاریخ ۱۴۰۱/۵/۱۸ تحت عمل جراحی کولکتومی قرار گرفته: T2 No Mo

• که با توجه به نظر هماتولوژیست برای بیمار کمو تراپی انجام نشد.

• بیمار در این مدت زیر نظر پزشک هماتولوژیست و گاسترو انترولوژیست تحت درمان بوده که در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۴ در بررسی های دوره ای در Ct scan شکم و لگن ، درگیری جدید پریتونئن تشخیص داده شده:

- PMH: DM
- PDH: Apixaban2/5 BD

علت طرح:

- بیمار مبتلا به سیروز و آسیت که با درمان سیروز آسیت بهبود یافته و در حال درمان می باشد.
- نامبرده به دلیل عود کانسر کولون، کاندید کموتراپی می باشد. لطفا از جهت انجام کموتراپی با رژیم معمولی یا با استفاده از رژیم سبک کموتراپی یا عدم انجام کموتراپی با توجه به survival بیمار نظر خواهی فرمائید.



Larynx



Middle



Lower



Fundus



Fundus



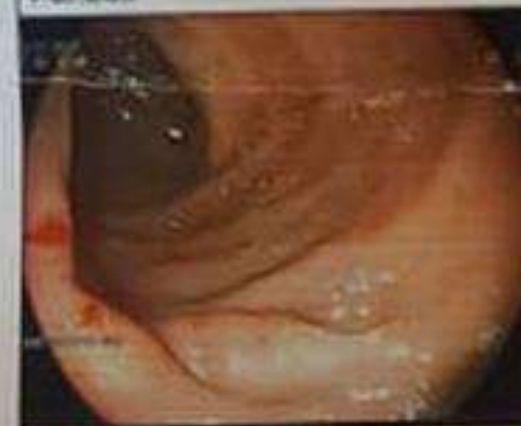
Retroview (Fundus)



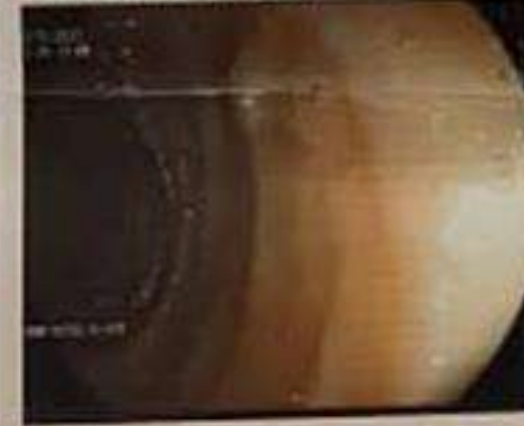
Pylorus



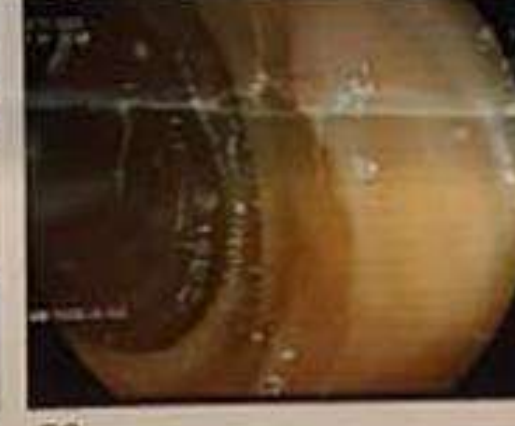
D1



D2



D2



D2



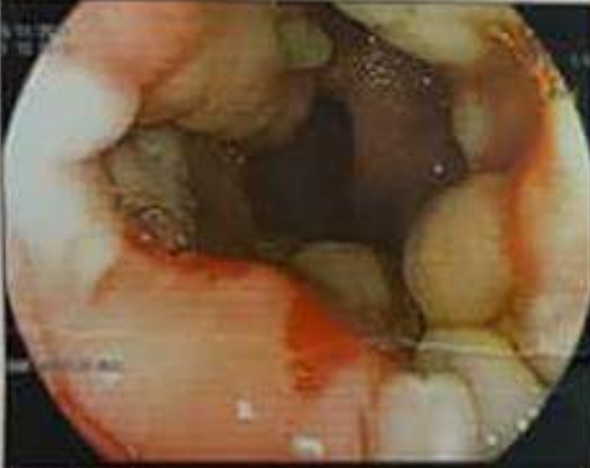
Anus



Anal canal



Anal canal



Anal canal



Terminal ileum



Terminal ileum



Terminal ileum



Terminal ileum





Indication : Iron deficiency anemia

Premedication : Deep sedation provided by anesthesiologist

Description of procedure : Quality of the procedure was adequate: examination completed

Boston bowel score: 3/3 - 3/3 - 3/3 = 9

Anus : Normal

Rectum : Normal

Rectosigmoid junction : There is a tumoral lesion at rectosigmoid junction (about 12 cm of anus). Bx was obtained R/O Dysplasia

Sigmoid : There is a tumoral lesion at sigmoid colon (about 30 cm of anus). Bx was obtained R/O Dysplasia

Descending Colon : Few small sessile polyps are seen.

Transverse Colon : Few small sessile polyps are seen.

Ascending Colon : Few small sessile polyps are seen.

Cecum : Normal



Middle third ,Varices

Lower third ,Varices

Lower Esophageal Sphincter

Fundus

Body



Body

Antrum

Antrum

Bulb

2nd portion

Indication : Iron deficiency anemia, Cirrhosis

Premedication : Deep sedation provided by anesthesiologist

Esophagus : Esophageal varices grade F3 with red sign is seen in esophagus

Stomach : Diffuse patchy erythema & edema submucosal petechial hemorrhage are seen suggestive for hypertensive gastropathy.

Duodenum : Normal D1 & D2

آقای ۱۶ ساله

- بیمار که در سال ۱۴۰۰ به دنبال بروز diarrhea و abdominal pain با ارجحیت در کادر کولون و بدون ارتباط با غذا خوردن و هم چنین سه مرتبه رکتورازی با تشخیص FAP تحت کولکتومی قرار گرفته و سپس به صورت دوره ای تحت بررسی surveillance قرار گرفته.
- در کولونوسکوپی در تاریخ ۱۴۰۰/۸/۱۵:
- Loose anus. Multiple polypoid lesions (inflammatory or FAP related) were seen in anal canal.
- Small nodular lesions were seen in ileum. Biopsies were taken.

• در آندوسکوپی انجام شده در تاریخ 1400/8/15:

- Mucosa of the esophagus seemed to be normal.
- No hiatal hernia was seen in retroversion view of fundus.
- Multiple small nodular lesions were seen in stomach with maximum intensity in fundus (bx).
- D1 was normal. Multiple nodular lesions were seen in D2&D3. (bx)
- جواب پاتولوژی نمونه های بیوپسی :
- Gastric Biopsy: Multiple fundic gland polyp& H.Pylori is not seen.
- Duodenal Biopsy: suggestive for peptic injury of the duodenum.
- Ileum biopsy: Adenomatous polyp with low grade dysplasia & marked squamous metaplasia.

• در آندوسکوپی 1401/2/4:

- Using side -view endoscope was passed to D2 the papillae was seen with mild mucosal edema & multiple biopsies were taken.

• در رکتوسکوپی 1401/2/4:

- The anastomosis site was seen without stricture or inflammation. A suspected granulation tissue or polyp was seen at 3 cm above the dentate line. After injection of diluted Epinephrine 1/10000 the lesion was removed with hot snare without early complication.

• پاتولوژی نمونه های بیوپسی:

- Rectal polypectomy: Tubular Adenoma with low grade dysplasia.
- Duodenal(papillae) biopsy: Tubular Adenoma with low grade dysplasia.

• آندوسکوپی مجدد 1401/9/8:

- Diagnosis :Fundic gland polyp
- R/O papillary adenoma

• و جواب پاتولوژی نمونه بیوپسی:

- Tubular Adenoma with low grade dysplasia.

• PMH :CRC در پدر

• DH: لوپرامید، مترونیدازول، PPI ، سولینداک و فرفولیک.

علت طرح

- بیمار ۱۶ ساله مورد FAP و total colectomy در سال ۱۴۰۰ با سابقه فامیلی کانسر کولون در پدر و فوت پدر، با توجه به آدنوم با LGD در دئودنوسکوپي در اردیبهشت و آذر سال ۱۴۰۱ از نظر نیاز به رزکسیون آمپول؟



Tubular esophagus is intact.
Esophageal lumen distends transiently by inflation or inspiration,
caliber of esophagus is within normal limit.
There are two column of non tortus varices.



Colonoscopy was done after preparation of colon.
Rectal mucosa is intact.
Vascular pattern is within normal limit. Houston valves are sharp and have intact mucosa.
Sigmoid has sharp folds, and normal vascular appearance.

Descending colon has intact mucosa, normal vascular
Pattern and normal caliber.
Transverse colon is triangular and mucosa is pale pink
And it seems normal appearance. Vascular pattern is intact.

Ascending colon has normal caliber and mucosa.
Cecum has intact mucosa.
Appendiceal aperture is seen.
Bouhini pouch is visible, it appears intact.